FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1879 — **THÈSE** — N° 129

17.

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 mars 1879, à 1 heure.

PAR ERNEST-VICTOR FRIOT

Né à Nancy (Meurthe), le 28 mai 1854

Médecin stagiaire au Val-de-Grâce

DE LA

SCIATIQUE CHEZ LES PHTHISIQUES

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS ENGLAND LIBRARY

Président : M. PETER, *professeur.*

Juges : MM. HARDY, *professeur.*
DEBOVE, HALLOPEAU, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1879

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN,
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique minérales	N.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRÉLAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER,
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	N
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de chlrurgie	N.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASEGUE. HARDY. POTAIN,
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladie de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honnoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J, CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DELENS.	HAYEM.	PINARD.
BERGER.	DIEULAFOY,	HENNINGER.	POZZI.
BERGERON.	DUGUET.	HUMBERT.	RENDU.
BOUCHARD.	DUVAL.	DE LANESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	FARABEUF.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FERNET.	LEGROUX.	RIGAL
CADIAT.	GAY.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GRANCHER.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	HALLEPEAU.	OLLIVIER.	TERRILLON.
DEBOVE.			

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours clinique	des maladies de la peau	MM. N.
—	des maladies des enfants	N.
—	d'ophthalmologie	N.
	des maladies des voies urinaires	N.
—	des maladies syphilitiques	N.
Chef des travaux anatomiques		FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibration en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA VÉNÉRÉE MÈRE

A MON PÈRE

A MON ONCLE J. FRIOT

A MM. PIERRON ET SONREL

A M. M. DUVAL
Professeur d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris

A MES ANCIENS MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PETER

Hommage respectueux.

DE LA

SCIATIQUE CHEZ LES PHTHISIQUES

AVANT-PROPOS.

En suivant la clinique de M. le professeur Peter à la Pitié, nous avons souvent entendu notre vénéré Maître émettre cette opinion au lit de tuberculeux atteints de sciatique, que la névralgie fémoro-poplitée commençait souvent la série des accidents de la phthisie pulmonaire.

Frappé de ce fait, nous fîmes quelques recherches et acceptâmes avec empressement l'idée qu'on nous donna d'en faire le sujet du travail que nous soumettons aujour d'hui à l'appréciation et à la bienveillance de nos juges.

Que M. Peter, qui nous a fourni le sujet de cette thèse, veuille bien recevoir ici tous nos remerciements et le témoignage de notre profonde gratitude.

Remercions aussi M. Cuffer qui nous a conseillé dans nos recherches bibliographiques et facilité nos investigations nécroscopiques.

Nous avons pensé qu'en réunissant un certain nombre

d'observations nous pourrions, malgré notre inexpérience, formuler quelques conclusions sur la fréquence relative de la sciatique dans la tuberculose. Prouver que cette névralgie n'est pas une coïncidence fortuite, rechercher si elle n'est pas symptomatique d'un état anatomique particulier : tel est le but que nous nous proposons dans ce travail.

Le plan que nous suivons est simple. Après avoir donné la définition, fait l'historique et étudié certaines conditions étiologiques de la sciatique tuberculeuse, nous nous occuperons de la nature de la maladie et de l'anatomie pathologique; nous donnerons ensuite les observations que nous avons pu recueillir. Cette étude clinique fera ressortir les symptômes, le pronostic et le traitement.

Les observations que nous publions sont de plusieurs sortes : trois ont été recueillies dans diverses publications, deux sont inédites, les autres nous sont personnelles.

DÉFINITION DE LA SCIATIQUE TUBERCULEUSE.

La sciatique tuberculeuse est une affection douloureuse du membre inférieur, sans changement de coloration à la peau, caractérisée d'abord par des douleurs paroxystiques rémittentes et intermittentes limitées au tronc du nerf sciatique et aux rameaux qui en émanent, et par des troubles de la sensibilité, de la locomotion, quelquefois aussi par des troubles dans les sécrétions.

C'est, comme on le voit, la définition de la névralgie

sciatique, improprement appelée essentielle; mais nous montrerons plus loin que la sciatique tuberculeuse, loin d'être une simple névralgie sciatique, est sous la dépendance de l'affection tuberculeuse, c'est-à-dire qu'elle est symptomatique d'un amas tuberculeux dans un des organes ou un des tissus que traverse le nerf sciatique.

HISTORIQUE.

De tous les auteurs qui ont écrit sur la sciatique et sur la tuberculose, il en est peu qui aient étudié la coexistence de la névralgie sciatique dans la phthisie pulmomaire : quelques-uns seulement ont signalé en passant la coïncidence de la sciatique dans la tuberculose.

La première observation que nous avons pu trouver remonte à 1824. Martinet, qui la doit au docteur A. Goupil, la rapporte dans un article de la Revue médicale (juin 1824, tome II, page 344) sans en tirer de conclusion.

François du Temps(1) (1841) signale, sans s'y arrêter, l'influence de la diathèse tuberculeuse sur le développement de la sciatique. « On l'observe fréquemment chez les phthisiques, » dit-il.

La même année, Valleix, dans deux passages différents de son Traité des névralgies, met en doute l'action de la tuberculose sur le développement de la sciatique.

(1) François du Temps Lucien. Des causes et du traitement de la névralgie sciatique. Paris 1841. Thèse n° 105.

Parmi les nombreuses observations de névralgies fémoro-poplitées qu'il rapporte, il est un seul cas dans lequel un homme avait des symptômes de phthisie commençante, « mais comme ces symptômes n'ont évidemment aucun rapport avec la maladie principale, je me hâte de de passer outre. » Plus tard, en 1854, Notta, dans les Archives générales de médecine et dans l'Union médicale (première année, 12 octobre, n° 122, page 506), rapporte l'observation d'un malade de 33 ans atteint d'une sciatique gauche datant de deux mois, « chez lequel une phthisie à marche aiguë avec point pleurétique à gauche se déclara...., l'état de la poitrine ne permet plus de s'occuper de la sciatique ; le malade déclina rapidement, et à la fin du troisième mois il sort mourant de l'hôpital. » Cette phthisie existait évidemment au moment de l'entrée à l'hôpital, car dans le cours de l'observation nous lisons : « il tousse un peu ; la poitrine n'est pas explorée (2). »

En 1856, Beau, sous le nom d'arthralgie, Barbereau, sous celui de mélalgie, décrivent, chez les tuberculeux très-avancés dans leur phthisie, des douleurs siégeant soit au pourtour des articulations, soit dans les muscles, soit dans la totalité des membres inférieurs, douleurs se révélant par un trouble profond dans les fonctions locomotrices, mais qu'aucune lésion extérieure n'explique et que nous croyons pouvoir rattacher à la sciatique tuber-

(1) Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs. (1841 chap. VII, Névralgie fémoro-poplitée, pages 499-539.)

(2) Mémoires sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies et Union médicale, « du traitement des névralgies par cautérisation transcurrente ».

culeuse ou au moins aux altérations anatomiques qui engendrent cette sciatique spéciale (1).

Romberg (1857) qui, à l'exemple de Valleix, a publié une étude très-complète sur les névralgies, ne fait, dans l'étude des causes de la sciatique, aucune mention de la coïncidence de cette névralgie dans la tuberculose.

Il faut arriver en 1869 pour trouver, dans une monographie très-complète de la sciatique, due à M. Lagrelette, quelques lignes consacrées à la sciatique chez les tuberculeux (2), et il est le premier qui l'ait appelée sciatique tuberculeuse.

En 1871, un médecin anglais, Anstie, mentionne la phthisie comme coïncidant fréquemment avec la sciatique (1).

En 1872, le docteur Perroud, dans un article du *Lyon médical* (janvier 1872) signale à l'attention des médecins la fréquence de la névralgie sciatique chez les phthisiques et donne des caractères qui permettent de différencier la sciatique tuberculeuse de la sciatique essentielle.

Deux ans plus tard, MM. Maze, dans sa thèse inaugurale, et Hahn, dans une étude très-estimée, signalent la phthisie comme pouvant amener la sciatique (2).

Mais c'est à M. le professeur Peter que revient l'hon-

(1) De quelques accidents nerveux chez les phthisiques par le professeur Peter. Union médicale 1877, nos 124, 127, 130.

(2) Lagrelette. De la sciatique. Thèse Paris 1869, page 78.

(3) Neuralgia and the diseases that ressemble it, London (1871).

(4) Maze. Névralgies au point de vue de leur étiologie et de leur traitement. Thèse Paris 1874, n° 106.

Hahn. Des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la phthisie pulmonaire chronique (1874).

neur d'avoir démontré, dans l'Union médicale, la coïncidence de la sciatique avec le début de la tuberculisation pulmonaire.

Récemment, M. Leudet, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, dans un article de la *Gazette hebdomadaire*, est venu confirmer par de nouvelles observations les recherches de notre savant et vénéré maître (1).

DES CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES DE LA SCIATIQUE TUBERCULEUSE.

Dès le début de ce travail, nous voudrions pouvoir démontrer les causes de la sciatique tuberculeuse et établir les rapports qui relient cette névralgie à la phthisie; mais les discussions dans lesquelles nous entrerons tout à l'heure, à propos de nos observations, nous permettant d'arriver plus facilement à ce but, nous étudierons tout d'abord un certain nombre de conditions étiologiques.

Fréquence de la sciatique chez les tuberculeux. — La coïncidence de la sciatique dans la tuberculose n'est pas un fait extrêmement rare, puisque, sur 137 tuberculeux admis, dans le courant de 1878, dans le seul service de M. le professeur Peter, à la Pitié, quatre fois nous avons pu observer la concomitance de la sciatique dans la phthisie.

(1) Le zona et les troubles des nerfs périphériques dans la tuberculose pulmonaire. Mémoire à la section des sciences médicales de l'Association française, dans la séance du 26 août 1878. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie T. X. N° 39, pages 617 et suivantes.

Age. — Les deux cas de sciatique tuberculeuse qui ont servi de sujet à la leçon clinique de M. Peter, (1) ont été observés sur des malades d'un âge avancé ; aussi notre savant maître attribue-t-il un grand rôle à la phthisie de la cinquantaine sur la coïncidence de la sciatique dans la phymie. De notre côté, les observations que nous avons pu recueillir portent sur des malades dont l'âge varie entre 35 et 62 ans ; mais, hâtons-nous de le dire, nos tuberculeux les plus jeunes portaient sur leur physionomie le cachet d'une vieillesse anticipée. D'ailleurs nous attirons l'attention sur ce fait, que le milieu hospitalier où nous avons observé diffère absolument de celui des malades de M. Peter, qui jouissaient tous deux d'un bien-être relatif, tandis que les individus dont nous rapportons les observations étaient de malheureux ouvriers que des conditions hygiéniques défavorables, une alimentation peu réparatrice et souvent des habitudes d'intempérance prédisposaient à contracter la phthisie à un âge relativement moins avancé que les personnes jouissant d'une certaine aisance. D'autre part, on a observé la sciatique chez des tuberculeux beaucoup plus jeunes ; en effet, Martinet (2) rapporte deux observations relatives : l'une à un jeune homme de 33 ans, l'autre à un enfant de 12 ans.

Sexe. — Les observations publiées jusqu'à ce jour sont trop peu nombreuses pour qu'il soit permis d'affirmer que la sciatique tuberculeuse est plus fréquente dans un sexe que dans l'autre.

(1) Loco citato.
(2) Loco citato.

Quant à la constitution, nous n'aurons rien à en dire, car la lecture des observations que nous publions permettra de reconnaître que tous nos malades étaient tuberculeux.

Epoque d'apparition. — L'époque d'apparition de la sciatique dans la phthisie serait plus importante à connaître ; mais malheureusement ici comme précédemment, les données que nous possédons ne nous permettent pas de fixer exactement cette époque. Chez les deux malades de M. Peter et dans trois de nos observations, la sciatique coïncide nettement avec le début de la tuberculisation pulmonaire ; mais dans les autres cas, notamment dans les observations de Martinet, la névralgie apparaît chez des phthisiques dont les lésions sont fort avancées.

Siége. — Quant au siége de la sciatique tuberculeuse, nous pouvons dire qu'elle n'a aucune prédilection pour l'un ou pour l'autre côté ; tantôt elle siége à droite, tantôt à gauche, quelquefois même elle devient double.

Causes de la sciatique tuberculeuse. — Faut-il admettre que la sciatique tuberculeuse est un *morbus sine materia* ? une névralgie essentielle, idiopathique ? Nous ne le croyons pas, et la sciatique tuberculeuse, tout autant que les autres affections, doit reconnaître, pour une ou plusieurs causes, des désordres matériels et le mot essentielle ne pourrait signifier ici que cause inconnue.

Nous allons passer en revue, aussi succinctement que possible, les causes que l'on peut regarder comme susceptibles de provoquer le développement d'une sciatique

chez les tuberculeux, nous réservant de les discuter, s'il y a lieu, au fur et à mesure de leur énumération.

Pour un grand nombre de pathologistes, le froid, et surtout le froid humide, est une des causes que l'on peut le plus fréquemment invoquer dans l'étiologie de la névralgie sciatique.

Il est certain que le froid, « l'ennemi des nerfs » des anciens est une des causes de la sciatique ; mais nous ne pouvons guère invoquer son influence dans la sciatique tuberculeuse, à moins d'admettre l'action d'un froid subit et très-limité agissant alors comme un véritable agent traumatique. Mais cette cause est d'autant plus difficile à admettre que la plupart de nos malades contractent subitement leur sciatique dans la chambre et dans le lit, c'est-à-dire sans s'être exposés à aucun refroidissement.

On pourrait faire entrer, à plus juste raison, en ligne de compte l'anémie et la chloro-anémie qui compliquent fréquemment la tuberculose. Mais nous n'attribuons pas une grande influence à cette cause. En effet, la plupart des tuberculeux deviennent anémiques, s'ils ne le sont déjà, et tous ne sont pas atteints pour cela de sciatique tuberculeuse.

Il est certain que des modifications dans la quantité ou les qualités du sang entraînent à leur suite des névralgie. (1) Ce fait admis depuis bien des siècles, puisque les anciens l'ont traduit dans cette adage célèbre. « Sanguis moderator nervorum, » est appuyé par les douleurs vives que provoque l'ischémie artificielle des

(1) Pathologie médicale de Reclus. T. IV. Névroses, par Axenfeld.

membres, et par les cachexies où il y a tout à la fois une aglobulie marquée et des troubles profonds de l'innervation.

Loin de nous l'idée de nier « qu'entre le sang et les « particules les plus deliées de la masse nerveuse il n'y « ait un consensus obligé et permanent dans lequel « s'opère un changement réciproque d'éléments matériels « d'un côté, dynamiques de l'autre. » (1) Nous ne prétendons pas nier davantage l'influence de l'anémie, sur la production des névralgies (Trousseau et Pidoux, Rigal, Maze, Bourguignon et Sandras, etc.) ; mais il est permis de demander comment dans le cas actuel l'anémie produit une névralgie limitée à un seul tronc nerveux, comme le sciatique, tandis qu'habituellement les douleurs nerveuses qu'elle provoque siégent sur différents nerfs à la fois et changent constammeut de place.

Voulant expliquer le rôle de l'anémie dans la productions des névralgies, les unes ont fait intervenir l'ischémie, d'autres la congestion, d'autres enfin l'apport aux nerfs d'un sang impropre à leur nutrition. De là ces différentes théories soutenues par des hommes autorisés.

Pour Bourguignon et Sandras, (2) dans l'anémie « le fluide sanguin est dans des conditions antiphysiologiques et morbides » qui ne lui permettent pas de fournir au système nerveux un plasma où il peut trouver les éléments nécessaires à sa nutrition. Sandras attribue même à cette nutrition imparfaite certaines paralysies obser-

(1) Mordret. Traité pratique des affections nerveuses et chloro-anémiques. Paris 1864.

(2) Bourguignon et Sandras. Traité des maladies nerveuses, t. II, p. 39, 1860-62.

vées chez les chloro-anémiques. Pour Romberg, les névralgies sont : « le cri de détresse des nerfs implorant un sang plus généreux. »

Anstie attribue également les douleurs névralgiques à des troubles de nutrition.

Pour Valleix, le mécanisme est différent ; il ne s'agit plus de nutrition imparfaite, mais de phénomènes de surexcitation nerveuse dépendant de l'état chlorotique.

Pour d'autres, l'anémie n'agit ni par ischémie, ni par nutrition imparfaite, mais par les hyperémies locales que l'on observe assez communément dans la chloro-anémie.

M. Gubler notamment a signalé le rôle que joue l'hyperémie dans un certain nombre de névralgies qu'il appelle essentielles, et il a prouvé que dans quelques circonstances les névralgies reconnaissent pour seule cause une congestion des enveloppes nerveuses et du névrilème. (1)

Cette congestion des enveloppes nerveuses est souvent vérifiée, à l'autopsie, par la congestion du névrilème et sur le vivant, par l'augmentation de la température du membre.

Andouard, dans sa Nouvelle Thérapeutique des fièvres intermittentes, cite le cas d'un malade chez lequel survint une sciatique dans le cours d'une fièvre quarte.

Au moment d'un accès de névralgie, toute la jambe de cet homme devint rouge et la chaleur de la région surpassa celle des autres parties du corps. L'accès se

(1) Péchédimalji. Des névralgies congestives. Thèse. Paris 1867, n° 151.

termina quatre heures après : la température de la jambe revint à son état normal, et la rougeur disparut.

La rougeur extérieure peut parfaitement manquer et la température prise sur le trajet du nerf atteint être encore supérieure à celle du même nerf du côté opposé ; la différence atteint parfois 1° 4. (1) M. Peter (2), qui a appliqué le thermomètre à la recherche des températures locales dans la sciatique, a pu démontrer que la température du côté atteint est sensiblement supérieure à celle du côté sain ; seulement il a remarqué que dans les sciatiques chroniques l'élévation accusée dans les premiers temps disparaissait avec l'atrophie du membre.

Nous aurions voulu nous livrer à quelques recherches sur cette question ; malheureusement les douleurs, provoquées par l'application du thermomètre, et par la pression qu'il nous fallait exercer pour le maintenir, étaient telles, que toujours nous avons dû renoncer à ces investigations.

Il est d'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons Manzier (3), qui ont cru plus rationnel d'admettre que les états morbides du sang et les maladies diathésiques agissaient en exerçant leur action plutôt sur l'axe spinal lui-même que sur des portions, parfois très-limitées, d'un nerf périphérique. Ils appuient leur théorie sur ce fait que, chez les anémiques, la section du nerf atteint de névralgie produit une guérison momentanée, mais

(1) Observation de névrite radiale gauche à frigore, publiée par le Dr Cuffer. France médicale 1878, n° 62.

(2) Communication orale.

(3) Thèse de Strasbourg, 1865.

qu'on voit apparaître la douleur sur un autre rameau nerveux, ou du côté opposé ; « ce sont les centres nerveux atteints qui envoient des sensations douloureuses à la périphérie. »

Enfin, se fondant sur l'apparition assez fréquente de névralgies rebelles chez les vieillards présentant des altérations séniles des artères et des accidents cérébraux dus à cette cause, d'autres, au nombre desquels il faut ranger M. Rigal, admettent que la névralgie est sous la dépendance d'une nutrition imparfaite des centres nerveux (1).

De son côté, M. le professeur Peter admet une déchéance organique du système nerveux (2). On peut admettre en effet et expliquer, jusqu'à un certain point, la déchéance rapide du système nerveux des phthisiques par la suractivité effrayante de leur grand sympathique, suractivité qui amène le dépérissement, l'anorexie, les vomissements, la diarrhée et finalement le marasme qui caractérisent la phthisie. Enfin dans l'étiologie de la sciatique tuberculeuse, on pourrait admettre que plusieurs influences étiologiques s'ajoutent pour produire la maladie, c'est-à-dire invoquer tout à la fois l'influence de l'altération du sang sur la nutrition imparfaite du système nerveux, la déchéance organique de ce système, etc... ; c'est là ce que M. Rigal a décrit sous le nom de causes associées.

Sans nier l'influence de ces causes, nous croyons que les douleurs sciatiques observées chez les tuberculeux

(1) Rigal. Causes et pathogénie des névralgies. Thèse d'agrégation, 1872.

(2) Union médicale, loco citato, page 654.

tiennent à des lésions anatomiques spéciales, intéressant le centre nerveux lui-même ou ses enveloppes et retentissant sur les nerfs voisins.

Malheureusement, on a assez rarement l'occasion de faire l'autopsie d'individus morts de sciatique, et lorsque cela est possible on se borne généralement à l'examen du nerf; on n'examine pas le centre nerveux, et de l'absence de preuves anatomiques on conclut que la sciatique peut exister sans lésion appréciable.

Deux de nos observations permettent de penser que dans la sciatique tuberculeuse il y a toujours une altération de la moelle ou des méninges, altération variable il est vrai, mais susceptible de provoquer secondairement une névrite périphérique.

Nous nous retranchons d'ailleurs ici derrière la haute autorité de M. Charcot qui a communiqué à la Société de biologie plusieurs cas où des maladies des centres nerveux avaient provoqué des névrites périphériques.

NATURE DE LA SCIATIQUE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les différents auteurs ont interprété très-diversement la nature de la sciatique. Pour Galien, la douleur dans la sciatique reconnaît pour cause la compression des filets nerveux, soit par une surabondance d'humeur, soit par un afflux sanguin, soit encore par un mélange de pituite, de bile et de sang.

D'après Cotugno, la nature de la maladie est spéciale. On doit attribuer les douleurs de la sciatique à la présence d'une vapeur trop abondante, âcre et brûlante ve-

nue du canal rachidien, ou produite par les artères propres de la gaîne du nerf. « C'est un liquide placé dans l'intervalle du tissu nerveux et contenu dans les gaînes celluleuses entourant ce tissu qui produit la douleur, soit que sa quantité, excédant le volume de la gaîne, imprègne le nerf en le comprimant, soit que, devenant âcre, il le pique et l'irrite (1). »

Boerhaave, d'après le Dr Mène (Thèse. Paris, 1859, page 24), pense qu'il se dépose autour du nerf une matière morbifique qui se produit sur place et provient plutôt d'un vice des artères, que d'une lésion du nerf.

Cette théorie humorale, soutenue par Sauvages (sciatique par sparganose), par Cabanis, par Cuvier, par Roche, etc..., fut attaquée par Valleix qui, pour les besoins de sa cause, apporte dans l'examen des lésions pathologiques un parti pris : « La sciatique est due à un état du nerf qui ne peut être découvert par le scalpel, et qui ne se manifeste que par une lésion de fonctions des mieux caractérisées. »

Piorry (1825), Fleury (1866), etc..., considèrent les douleurs sciatiques comme le résultat de la congestion du nerf. Cette congestion, comme cela se rencontre dans les hyperémies d'autres organes, pourrait selon eux disparaître après la mort : ce serait une façon d'expliquer les résultats négatifs de quelques autopsies.

Pour M. Lasègue (2), la sciatique n'est pas une névralgie simple : il y a une altération du nerf lui-même.

(1) Dominici Cotunnii de ischiade nervosa commentarius. Viennæ, 1770, s. 26.

(2) Archives générales, Ve II, p. 558, 1864.

Pour certains auteurs (Mène, Thèse de Paris, p. 24, 1859) la sciatique serait un rhumatisme du névrilème. ne diffèrant du rhumatisme musculaire que parce qu'il se fixe sur le nerf au lieu de siéger dans le muscle.

Descot a une opinion toute différente (1) de celle de ses contemporains : « tout se réunit, dit-il, pour faire penser que la névralgie n'est, dans la plupart des cas, qu'une névrite intermittente ou rémittente. »

Trousseau (1868) en signalant le point apophysaire épineux admet que : « Le point d'origine de la sciatique (2) « est, peut-être, dans la moelle épinière elle-même, et « que la douleur occupant la périphérie n'est que l'irra- « diation de la douleur spinale. »

Nous croyons qu'en réunissant ces deux théories de Descot et de Trousseau on arrive à se faire une juste idée de la sciatique tuberculeuse : en effet, les deux premières observations que nous rapportons forcent à admettre, à la fois, et une lésion de la moelle ou de ses enveloppes et une névrite et névrilémite du sciatique, par propagation de l'inflammation.

Cette théorie, de la névrite et de la névrilémite, est justifiée, selon nous, par l'élévation thermométrique locale constatée, sur les nerfs atteints, par MM. Peter et Cuffer. De leurs recherches (3) il résulte que la température du côté malade est, pendant tout le cours de la maladie, constamment supérieure à celle du côté sain. D'un autre côté, l'observation d'Andouard, que nous

(1) Affections locales des nerfs. Paris 1865.
(2) Clinique, t. II, page 378.
(3) France médicale, 3 août 1878, n° 62.

rapportons plus haut, prouve qu'au moment des accès la température du membre est supérieure à celle des autres régions du corps. Les recherches sur le vivant nous autorisent déjà à croire qu'il se passe dans le nerf un travail inflammatoire particulier, connu sous le nom de névrite ou de névrilémite. Mais la tuméfaction du nerf, la rougeur, l'aspect moniliforme, cette dureté spéciale, qui le font ressembler à une artère athéromateuse, en un mot les altérations anatomiques, constatées à l'œil nu et surtout à l'examen micrographique, permettent d'affirmer qu'il s'agit ici de tout autre chose que d'une affection douloureuse du nerf sans lésion anatomique appréciable. D'ailleurs l'impuissance du traitement et les rares examens nécroscopiques pratiqués jusqu'à ce jour, nous autorisent à croire que, dans la majorité des cas, sinon dans tous, la douleur reconnaît pour cause une altération spéciale du tissu nerveux, due à l'hyperémie.

Voici, par ordre chronologique, les lésions anatomo-pathologiques constatées par les auteurs que nous avons mis à contribution.

Nous regrettons que tous se soient contentés d'examiner seulement la portion fémorale du sciatique, sans soumettre à une investigation attentive le canal sacré et l'extrémité inférieure de la moelle épinière elle-même.

Cirillo (1734), d'après Tournilhac Béringier (1), a trouvé, dans certains cas, le volume du nerf sciatique

(1) Dissertation sur la névralgie fémoro-poplitée. Thèse, Paris 1814, n° 167.

augmenté du tiers et offrant une ténacité et une résistance aussi grandes qu'un tendon très-fort.

Chaussier (1746) (1) a également constaté une augmentation de volume du nerf sciatique : les vaisseaux qui l'entourent sont variqueux.

Bichat (1771) (2) « conserve le nerf sciatique d'un « sujet qui éprouvait une douleur très-vive dans tout « son trajet, et qui présente à la partie supérieuse une « foule de petites dilatations variqueuses des veines qui « le pénètrent. »

Bailly (1803) a observé (3) un cas où le nerf fémoro-poplité était plus volumineux que celui du côté sain ; de plus, ses vaisseaux, qui avaient acquis un dévoloppement considérable, présentaient une sorte de dilatation variqueuse.

Rousset (1804) observa (4), chez une femme atteinte de sciatique pendant les quarante dernières années de de sa vie, et sur un homme qui souffrait de la même affection, des engorgements variqueux du nerf sciatique.

Alibert (1806) (5) a trouvé un épaississement et un endurcissement des nerfs sciatiques, chez un individu en proie à des douleurs sciatiques depuis plusieurs années.

Peyrude (1817) (6) examina un sciatique dont les vaisseaux étaient le siége d'un engorgement inflammatoire.

(1) Table synoptique de la névralgie, Paris, an XI.
(2) Anatomie générale.
(3) Essai sur la névralgie fémoro-poplitée. Th. Paris, n° 91.
(4) Dissertation sur la sciatique nerveuse. Th. Paris, an XII, n° 233.
(5) Nosologie naturelle.
(6) Dissertation sur la névralgie fémoro-poplitée. Th. Paris, n° 139.

Siebold, d'après les thèses de Peyrude et Lespagnol (1) crut trouver, sur le cadavre de deux personnes qui avaient été affectées de sciatique, l'indice d'une inflammation du nerf dans le développement de son réseau vasculaire.

Mesnil (1819) (2) a trouvé, dans certains cas, le sciatique amaigri, mortifié, rougeâtre.

Chupein (3), la même année, cite un cas d'engorgement variqueux des vaisseaux du sciatique observé par Dupuytren.

Martinet (1824) (4), qui s'est livré à de minutieuses recherches sur l'inflammation des nerfs, conclut ainsi de plusieurs autopsies :

« Toutes les fois qu'il a été possible de constater par « la vue l'état des nerfs affectés d'inflammation, on a « trouvé une rougeur plus ou moins considérable de « leur tissu, laquelle tenait à l'injection des vaisseaux « sanguins du névrilème, ou du tissu cellulaire qui « l'entoure. On a rencontré des ecchymoses partielles, « des infiltrations séro-sanguinolentes, et parfois des « traces de suppuration évidente. Enfin, dans la plu- « part des cas, les nerfs étaient augmentés de volume, « et leur densité n'était pour ainsi dire pas altérée ; ce « n'est que très-rarement que le nerf a présenté un ra- « mollissement sensible. »

Andral, dans un cas de sciatique, trouva le tronc nerveux notablement injecté.

(1) Sur la sciatique nerveuse fémoro-poplitée. Th. Paris 1815, n° 263.
(2) Thèse. Paris 1819, n° 29, page 18.
(3) Thèse. Paris 1819, n° 2.
(4) Mémoire sur l'inflammation des nerfs. Juin 1824. Revue médicale, t. II, p. 341-350.

Gendrin (1826) (1) a pu voir, chez plusieurs sujets qui avaient offert pendant la vie des sciatiques parfaitement caractérisées, une couleur rouge, violacée, et une injection vasculaire à la périphérie des nerfs sciatiques. Il a même trouvé de petits caillots disséminés dans leur intérieur, l'hypertrophie de ces nerfs et leur dégénérescence en une substance molle et spongieuse.

Enfin, plus récemment, Agasson (2) (1842), Bourguignon et Saudras (3), signalent Van de Keer comme ayant trouvé : « une injection vasculaire très-prononcée, « bornée au névrilème, puis toutes sortes de désordres « de la substance nerveuse. »

Romberg (1859) trouve la gaîne du nerf un peu plus lâche qu'à l'état normal, et les veines, dans la partie supérieure du sciatique, sont variqueuses.

Telles sont, dégagées de toute appréciation personnelle, les altérations constatées, de visu, par les quelques auteurs que nous venons de citer. Que pouvons-nous conclure de là sinon que, dans la majorité des cas, il y avait des lésions vasculaires et inflammatoires ?

De nos jours, où l'on ne se contente plus d'affirmer à la simple vue l'intégrité d'un organe, le microscope est venu prouver l'existence de lésions anatomiques importantes dans la sciatique.

Les lésions histologiques observées par les micrographes modernes ont toujours siégé dans le tronc nerveux ; mais l'examen du centre n'a jamais été fait, ou

(1) Histoire anatomique des inflammations.

(2) Du diagnostic et du pronostic de la névralgie sciatique. Th. Paris, 1842, n° 132.

(3) Tome II, page 19.

n'a jamais rien fait découvrir. Cependant il serait intéressant de savoir ce qu'il y a de vrai dans les affirmations d'Anstie qui, sans preuve anatomique, en se basant uniquement sur ce fait que, dans la sclérose des cordons postérieurs, il y a production de douleurs d'apparence névralgique, s'est cru autorisé à affirmer une lésion atrophique des racines postérieures.

Dans les observations que nous rapportons, l'examen histologique de la moelle n'a fait découvrir aucune lésion. Quant aux altérations du nerf sciatique, en lui-même, elles consistaient en un épaissement considérable du tissu conjonctif du névrilème, et en une hypérémie péri et intra-fasciculaire, sans dégénérescence des tubes nerveux, et sans tubercules.

Jusqu'alors, dans la science, on ne connaît qu'un seul cas de névralgie où l'on ait trouvé le névrilème des nerfs sacrés épaissi et enflammé à l'émergence vertébrale par des dépôts de tubercules. Ce cas, dû à Hasse, est rapporté par M. le professeur Jaccoud, dans son traité de pathologie interne (1).

Nous abordons maintenant la partie clinique :

Observation I (personnelle). — Sciatique gauche chez un tuberculeux. Hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Peter, salle Saint-Benjamin, lit 9,

Chevreuil (Auguste), 48 ans, maçon. Entré 27 avril. Mort 12 juin

Antécédents héréditaires. — Le père est mort d'une hémoptysie foudroyante, la mère, d'une bronchite chronique.

(1) Jaccoud. Pathologie interne, t. II, page 585, 5e édition.

Antécédents personnels. — Broncho-pleuro-pneumonie à l'âge de 29 ans. Un an après, paralysie de tout le côté droit du corps sans cause connue : cette paralysie céda aux courants électriques.

Il y a dix mois environ, le malade fut pris d'une toux sèche ; il continuait à travailler, lorsque au mois de janvier dernier, il s'aperçut qu'il maigrissait, que ses forces diminuaient de jour en jour, que sa toux augmentait et devenait de plus en plus fréquente, surtout pendant la nuit. Souvent, lorsqu'il était couché, il avait de véritables quintes de toux. Pas de constipation, pas de diarrhée, quelquefois vomissements par la toux. Les sueurs nocturnes apparurent ensuite. L'appétit était nul, le malade mangeait de force, et uniquement pour se soutenir. L'amaigrissement s'accentua de plus en plus ; tous les soirs il avait la fièvre. C... inquiet de son état, et dans l'impossibilité absolue de travailler, sollicite son entrée à l'hôpital.

Etat actuel, 28 avril. — Amaigrissement considérable de tout l'organisme. Emaciation très-prononcée des creux sus et sous-claviculaires et des parois thoraciques. Les côtes font saillie sous la peau.

Percussion. — En avant, la percussion est douloureuse, au-dessous des deux clavicules. Pas de matité bien prononcée, cependant au-dessous de la clavicule gauche, la tonalité est changée. En arrière, dans la fosse sus-épineuse des deux côtés, submatité.

Auscultation. — En avant : inspiration saccadée aux deux sommets, respiration soufflante dans l'étendue des deux poumons.

En arrière : respiration saccadée, expiration rude et prolongée ; quelques craquements, surtout à gauche : râles sous-crépitants, fins, disséminés.

Pneumogastrique droit douloureux à la pression.

30 avril. — Sueurs abondantes pendant la nuit, vomissements par la toux. A la visite du matin, C... est très-abattu.

Temp. Axill. 38°6 — pariétale gauche 38° — p. droite 37°4.

1er mai. Temp. Axill. 36°6 — pariétale gauche 37° — pariétale droite 36°8.

Le 7. Depuis la veille, le malade accuse des douleurs dans la jambe gauche, les douleurs ne sont pas continues ; elles éclatent par crises, soit quand il tousse, soit quand il veut se mouvoir dans

son lit. Dans les moments de paroxysmes elles sont d'une telle violence : « que bien peu sensible, dit-il, je ne puis m'empêcher de me plaindre. » Ces douleurs s'étendent du sacrum à la plante du pied et siégent, tantôt dans la cuisse, tantôt dans la jambe, tantôt à la malléole externe. Souvent elles éclatent pendant la nuit, et alors elles réveillent le malade. Enfin il lui est impossible, à moins de violentes douleurs, de se coucher du côté gauche. Ni rongeur, ni tuméfaction.

C... marche péniblement : il est légèrement courbé du côté gauche, et quand on cherche à le redresser, il accuse une douleur dans les reins. En pressant les apophyses épineuses des dernières lombaires et de la région sacrée, et en lui faisant plier la jambe sur la cuisse, nous provoquons chez le malade une douleur qui lui répond dans la jambe. De plus la pression à la hanche, à la fesse, au côté externe du jarret (point poplité de Valleix correspondant à la naissance du poplité externe) et à la malléole externe est douloureuse.

Aucun trouble dans la sensibilité ni dans la mobilité. Comme traitement, M. Peter fait appliquer de nombreuses pointes de feu de la région fessière au creux poplité.

T. Axill. 37°6 — pariétale gauche 36°4 — p. d. 36°2.

Soir : T. Axill. 37°6 — pariétale gauche 36°8.

Le 9. Rien de particulier du côté des poumons. Les douleurs névralgiques se sont un peu calmées à la suite de la cautérisation.

Le 17. Hier, par suite de la chaleur de la salle, sans doute, le malade a eu une hémoptysie. Il a rempli un crachoir de sang. En avant, sous les clavicules, nombreux craquements. Ipéca en cas d'hémoptysie.

Matin. T. pariétale gauche 36,8, droite 36,3.

Soir : T. Axill. pariétale gauche 38,6, droite 37,9.

Le 18. Nouvelle hémoptysie dans la journée d'hier plus considérable que la veille (1/2 cuvette). Nuit très-mauvaise. Ipéca, glace et aliments froids.

Matin. Axill. 37,6, pariétale gauche 37,2, pariétale droite 37°.

Soir. Axill. 38,5, pariétale droite 38,2, pariétale droite 38,2.

Le 19. On trouve à l'auscultation des signes d'une caverne au-dessous de la clavicule gauche : gargouillements et respiration caverneuse, crachats sanguinolents.

Axill. 37,4, pariétale gauche 37,1, pariétale droite 56,6.

Le malade est excessivement affaibli. Les douleurs sciatiques persistent, sont exagérées par la toux, mais on n'ose plus recourir aux cautérisations.

Le 24. Pouls très-lent, à peine perceptible. Les crachats sanguinolents continuent.

Axill 37,7, pariétale gauche 37,2, pariétale droite 36,8.

Le 22, soir. Axill. 38,6.

Le 23. Le malade se sent mieux que les jours précédents, à part les douleurs dans la cuisse. L'amaigrissement s'accentue de plus en plus. Comme il n'y a pas de vomissements, M. Peter ordonne le vin créosoté.

Matin. Axill. 37,8, pariétale gauche 36,8, pariétale droite 36,5.

Soir. Axill. 37,8.

Le 24, soir. Axill. 38,1.

Le 25, soir. Axill. 38,6.

Le 26, soir. Expectoration très-abondante : deux capsules de térébenthine.

Le 27, soir. Axill. 37,1, pariétale gauche 36,7, pariétale droite 36,4.

Le 28, soir. Un peu de délire pendant la nuit. Sulfate de quinine.

3 Juin. Toux fréquente et expectoration très-abondante. L'appétit est, pour ainsi dire nul, et les quelques aliments que prend le malade sont vomis immédiatement. Diarrhée. Ventre ballonné.

Le 5. Petite hémoptysie dans la journée. Douleurs persistantes dans la cuisse gauche.

Le 12. Le malade succombe dans le délire.

Autopsie. — Poumons tuberculeux dans toute leur étendue. Petite caverne au sommet gauche. Tubercules caséeux et granulations miliaires au sommet droit. Cœur normal.

Foie volumineux et gras.

Pas de tubercules dans le péritoine. Rien du côté des intestins.

Reins. — Plus petits qu'à l'état normal, mais sans néphrite tuberculeuse.

Cerveau. — Granulations tuberculeuses au niveau de la scissure sylvienne, ce qui nous explique le délire des derniers jours. Pas d'épanchement dans les ventricules.

Nerfs sciatiques. — Le sciatique gauche est très-volumineux comparativement à celui du côté droit : de distance en distance il présente des renflements ; son aspect est moniliforme et au niveau des renflements il est plus dur. Cette altération tient sans doute à une induration du névrilème. L'altération anatomique extérieure la plus apparente est une congestion très-évidente de la moitié supérieure du sciatique gauche. Cette congestion s'efface au fur et à mesure que l'on se rapproche de la moitié inférieure du nerf et finalement vers le creux poplité elle ne s'accuse plus que sous forme de quelques petites stries rouges. En poursuivant le sciatique jusqu'à son point d'émergence vertébrale, et en sciant les vertèbres pour arriver jusque sur les enveloppes rachidiennes et sur la moelle, nous trouvons autour des racines du nerf sciatique, sur les méninges qui accompagnent le nerf jusqu'à son passage à travers les trous de conjugaison, un amas considérable de granulations tuberculeuses. La pie-mère a un aspect rouge vineux. La moelle est congestionnée, sans lésion apparente, du moins à l'œil nu. Pas de ramollissement, ni d'induration des cordons postérieurs.

L'examen histologique du nerf sciatique gauche a fait reconnaître que l'hypérémie portait non-seulement sur le névrilème, mais encore sur les vaisseaux intra-fasciculaires. Les tubes nerveux avaient conservé leur structure normale : l'hypertrophie du nerf et l'aspect moniliforme tenaient uniquement à un épaississement considérable du tissu conjonctif. Aucune altération médullaire.

Résumé. — Sciatique gauche dans une tuberculose peu avancée, ou du moins chez un individu qui est plus phthisique que tuberculeux, car lors de l'apparition des douleurs sciatiques, la lésion pulmonaire n'était guère parvenue qu'à la fin de la première période.

Obs. II. (personnelle). — Sciatique droite dans une tuberculose déjà avancée. Hôpital de la Pitié. Salle Saint-Benjamin, 24.

Baudet, (Adrien), 48 ans, journalier, malade depuis huit mois. Entré le 11 mai 1878 dans le service de M. Peter. Pas d'antécédents

héréditaires. Père et mère bien portants, bien qu'âgés de 80 ans. Frères jouissant d'une bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures, pas d'alcoolisme. Au mois d'octobre dernier, à la suite d'un refroidissement, B... est pris d'une toux sèche assez fréquente. Il se sentait mal en train au travail, ses forces diminuaient de jour en jour; il maigrissait; l'appétit persistait, mais il était moins bon qu'à l'ordinaire.

Au mois de janvier 1878 la toux devient de plus en plus fréquente; il a plusieurs petits crachements de sang, l'amaigrissement s'accentue; il devient excessivement faible, a des sueurs abondantes pendant la nuit : fréquemment il est pris de diarrhée pendant plusieurs jours de suite. Entré dans un hôpital à cette époque, on l'a renvoyé faute de place, dit-il.

Etat actuel. — Aujourd'hui, le malade entre pour une bronchite et des douleurs dans la cuisse droite, douleurs qu'il ressentait déjà au mois de janvier dernier dans le cuisse gauche, mais qui ont été de courte durée. Il est excessivement amaigri : les espaces sus et sous-claviculaires sont déprimés, les côtes font saillie sous la peau. Le pneumogastrique gauche est très-douloureux.

Percussion. — En avant, matité au sommet gauche. Avec le plessigraphe, M. Peter délimite parfaitement un noyau d'induration situé tout à fait sous la clavicule. A droite : exagération de la sonorité. En arrière : submatité dans la fosse sus-épineuse gauche et diminution de l'élasticité dans toute la fosse sous-épineuse. Dans la fosse sus-épineuse droite, exagération de la sonorité, comme en avant : fosse sous-épineuse, diminution d'élasticité dans presque toute la longueur.

Auscultation. — En avant, à droite, souffle caverneux amphorique très-prononcé, immédiatement sous la clavicule. Dans les efforts inspiratoires ordinaires, pas de gargouillement; quand on fait tousser le malade, quelques gargouillements. Il s'agit donc ici d'une caverne sèche superficielle : la pectoriloquie et l'absence de crachats confirment ce diagnostic.

A gauche : respiration saccadée et supplémentaire au sommet.

En arrière : à droite, dans la fosse sus-épineuse, souffle intense;

fosse sous-épineuse : craquements humides dans la moitié supérieure.

A gauche : expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse.

15 mai, matin. Axill. 38°. pariétale droite 36,7.

15 mai, soir. Axill. 38,5.

Ces symptômes sont ceux d'une tuberculose avancée.

En demandant au malade quelques explications sur les douleurs qu'il ressent dans la jambe droite, il nous déclare qu'elles ont débuté il y a quinze jours environ par un point douloureux au niveau de la hanche : de là, elles s'irradiaient dans la cuisse jusque vers le milieu de la jambe. Souvent elles étaient plus fortes pendant la nuit, la marche était pénible.

Actuellement cette douleur est exagérée par la pression, par les mouvements que nous faisons faire au malade. Point douloureux apophysaire épineux et sacré. Points fessier et poplité externe. Si nous commandons au malade de fléchir la cuisse sur le bassin, il le fait avec hésitation, par saccades. pour éviter la douleur; si on lui fait ensuite étendre la jambe, la douleur reparaît et bien plus vivement que dans la flexion : « c'est absolument comme si une corde maintenait ma cuisse fléchie sur mon ventre » ; telle est la comparaison dont B... se sert pour nous faire comprendre la difficulté qu'il éprouve.

La douleur existe quand il est immobile dans son lit, mais elle n'est pas très-vive. Il est obligé de se réduire à l'immobilité la plus absolue pour ne pas en être incommodé : le moindre mouvement, une secousse déterminée par la toux, la fait reparaître par crises. Il lui est impossible de se coucher sur le côté droit, la douleur apparaît aussitôt et quand il veut prendre son crachoir ou manger, il se tourne du côté gauche pour éviter la douleur.

La paralysie du mouvement et de la sensibilité que nous recherchons avec soin ne nous donne que des résultats absolument négatifs.

Traitement. — Vin de quinquina, potion opiacée avec un centigramme de belladone. Pointes de feu.

26 Mai. B... se plaint d'une sensation de sécheresse dans la gorge et d'une soif vive qu'il faut sans doute attribuer à la potion belladonée.

Axill. 37°, pariétale gauche 36,2, pariétale droite 36,8.

Depuis l'application des pointes de feu, les douleurs sciatiques se sont un peu calmées, mais il éprouve constamment dans les parties affectées des sensations douloureuses qu'il compare à des piqûres.

Le 19. Les douleurs qui étaient pour ainsi dire disparues, ou du moins qui n'incommodaient plus le malade, reparurent hier à la suite d'un effort. Nouvelles pointes de feu.

Le 22. Douleurs abdominales vives, diarrhée très-abondante et très-fétide, sans doute ulcéreuse. Ventre ballonné, douloureux à la pression, surtout à l'épigastre : le malade étant couché sur le dos la percussion ne donne rien d'anormal, cependant, quand on le tourne sur le côté gauche on obtient dans les points déclives une matité peu étendue, il est vrai (quelques travers de doigt), mais suffisante pour permettre de penser à un épanchement. M. Peter soupçonne l'existence d'une péritonite tuberculeuse.

Fomentations sur l'abdomen.

Axillaire 38,5. Abdominale 38°.

5 juin. Le malade s'est considérablement affaibli dans ces derniers jours; l'amaigrissement a fait de rapides progrès. La toux est très-fréquente, quinteuse, elle provoque des vomissements. Expectoration abondante ne diminuant pas malgré l'emploi de la térébenthine.

Le 8. Axillaire 38,4. Abdominale 58,2.

Le 9. Axillaire 37,8. Pariétale gauche 37,4.

Le 10 Axillaire 39,7. Pariétale droite 37,9. Abdominale 39°.

Le 12. Axillaire 39°. Pariétale 37,8. Abdominale 38°.

Le 13. Abdominale 38,4.

Le 14. Axillaire 39,2. Abdominale 38,8.

Le 15. Ventre volumineux, douleurs abdominales très-vives, la diarrhée fétide persiste toujours. Douleurs en ceinture, fourmillements dans le membre abdominal droit dont la sensibilité est obtuse : il y a retard dans la perception des sensations.

Axillaire 38,4. Abdominale 38°.

Soir. Axillaire 38,6. Pariétale droite 37,9. Pariétale gauche 36,7. Abdominale 38,3.

Le 9. Hémoptysie assez considérable. Injection d'ergotine.

Axillaire 38, 4. Pariétale droite 37,3. Abdominale 38,2.

Le 20. Axillaire 38.6. Abdominale 38,4.

Soir. Abdominale 38,5.

Le 2 . Mort pendant la nuit.

Autopsie le 23. — Infiltration tuberculeuse dans toute l'étendue des poumons. Caverne au sommet droit. Tubercules à leur deuxième degré au sommet gauche. Pas de foyer de ramollissement.

Le cœur est comme macéré : les valvules sont rouges, mais sans altération anatomique. Tout l'endocarde est macéré.

L'abdomen contient du liquide en quantité notable. Foie volumineux présentant tous les caractères de la stéatose intra-lobulaire.

Reins un peu plus volumineux que de coutume, mais sans lésion de néphrite tuberculeuse.

Pas de péritonite, mais tubercules intestinaux très-nets. Traînées manifestes de lymphangite sur l'intestin et sur le péritoine.

Les ganglions du mésentère sont volumineux, indurés. De plus nombreuses ulcérations intestinales : c'est donc d'une entérite tuberculeuse dont il s'agissait, et non d'une péritonite.

En examinant la colonne vertébrale, nous trouvons dans la cavité abdominale, au niveau de la dernière vertèbre dorsale, une tumeur elliptique, à grand axe vertical, du volume d'un œuf de pigeon, tumeur dure qui ne s'était révélée extérieurement pendant la vie par aucune gibbosité.

Cette tumeur, prise au premier abord pour une exostose, se détache de la partie antérieure de la vertèbre, auquel elle semble soudée.

En sciant cette vertèbre qui est sensiblement aplatie, nous voyons que la tumeur fait partie intégrante du corps qui est réduit à une coque mince de tissu osseux, rouge, spongieux, gorgé de sang. Au centre de ce corps, est une excavation anfractueuse, remplie par une masse jaunâtre, pâteuse qui se désagrège facilement sous un filet d'eau et laisse quelques stalactites osseuses. Les vertèbres voisines et les ligaments inter-vertébraux ne présentent absolument rien.

Le ligament vertébral postérieur et diminuée d'épaisseur; le trou vertébral a son diamètre normal.

La dure-mère est très-épaissie au niveau de cette altération vertébrale et recouverte de pus caséeux.

Quant à la moelle, isolée avec soin, en ne trouve aucune trace

de congestion ou de ramollissement, tant sur les cordons antérieurs que sur les cordons postérieurs ; mais sur ces derniers tout à fait inférieurement on aperçoit un certain nombre de petites granulations jaunâtres qui font saillie à la surface de la moelle et qui sont de nature tuberculeuse.

La dissection des nerfs sciatiques, poursuivie des deux côtés depuis leur émergence jusqu'au creux poplité, permet de constater une vive rougeur sur celui du côté droit, rougeur que les lavages ne font pas disparaître; de plus, comme volume, il est au moins le double de celui du côté gauche, mais nous ne remarquons aucune inégalité le long de son trajet.

L'examen microscopique auquel ils ont été soumis ensuite, n'a permis de reconnaître aucune altération de texture des tubes nerveux, mais un épaississement considérable du tissu conjonctif du névrilème, une hypérémie des vaisseaux péri-fasciculaires et intra-fasciculaires; enfin, tout à fait à l'origine du tronc du sciatique, on a observé de petites hémorrhagies dans les interstices cellulaires du tronc nerveux.

Résumé. — Récidive de sciatique coïncidant avec une tuberculose déjà avancée. Au 15 juin, apparition de douleurs en ceinture, de fourmillements dans le membre abdominal droit dont la sensibilité est obscure. Retard dans la perception des sensations, et cependant aucune altération médullaire appréciable.

Dans les deux observations ci-dessus, s'agit-il de douleurs pseudo-névralgiques, d'une paraplégie douloureuse ou d'une compression des nerfs? Les caractères que M. Charcot assigne à la pseudonévralgie et à la paraplégie douloureuse (t. II. Leçons sur le système nerveux) pourraient évidemment être rapprochés des symptômes observés chez nos malades: cependant les pseudo-névralgies ne présentent pas de points douloureux exagérés par la pression, et l'hypothèse d'une paraplégie douloureuse ne nous semble pas soutenable, car

l'atrophie, plus ou moins prononcée des muscles signalée par le savant professeur, fait absolument défaut chez nos malades. Nous croyons à une compression et à une inflammation des nerfs sciatiques : les quelques modifications histologiques constatées, la rougeur et la tuméfaction des nerfs, l'épaississement du névrilème s'accordent plutôt avec cette opinion ; dans le premier cas, il y a eu compression, inflammation locale d'abord par un amas de granulations tuberculeuses ; dans le second, par l'épaississement de la dure-mère, puis propagation de l'inflammation. Il est probable que si les lésions pulmonaires n'avaient pas emporté les malades si rapidement, on n'aurait pas tardé à voir se manifester des phénomènes de paralysie dus à la compression de la moelle.

Obs. III (1).

F... (Marie), 35 ans, entra le 17 juin 1877, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Tripier. 4e femme, no 142.

Pas d'antécédents pathologiques. Misère physiologique très-grande ; cette femme qui a eu trois couches normales, la dernière il y a un an et demi, vit dans un état de misère extrême.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu présentant un état d'hébétude assez prononcé, toussant un peu, très-amaigrie, se plaignant surtout d'une douleur très-vive siégeant au niveau de l'émergence du sciatique gauche, douleur s'irradiant assez souvent dans la presque totalité du membre et existant depuis 10 jours environ.

La respiration est active : la percussion montre la sonorité diminuée. A l'auscultation, respiration rude, obscure, sans râles, vésicatoire appliqué loco dolenti ; injection sous-cutanée de morphine 1 centigramme.

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance de notre ami le Dr G. Leprêtre.

Le 20. Le vésicatoire n'a pas amené d'amélioration, on en applique un second.

Le caractère de la malade est très-aigri, elle répond avec impatience aux questions qu'on lui pose, quelques râles de bronchite.

Le 25. Pas d'amélioration du côté de la sciatique.

Température légèrement fébrile 38,5, dyspnée assez accusée, persistance des râles ronflants sans localisation précise dans les deux poumons. Respiration rude. Élasticité thoracique diminuée.

Le 29. Etat stationnaire. Le caractère de la malade est toujours sauvage et revêche. Douleurs sciatiques très-intenses.

Le 30. Même état.

2 juillet. La malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Cerveau. Petits tubercules dans l'arachnoïde au niveau des pédoncules cérébraux.

Poumons. Infiltration de granulations tuberculeuses grises dans toute leur hauteur ; nulle part elles ne sont passées à la purulence.

Nerf sciatique. — Au niveau de l'échancrure et sur une étendue de 20 centimètres environ le sciatique gauche est augmenté de volume et congestionné. L'examen histologique a décelé la rupture d'un certain nombre de fibres nerveuses au niveau de petits épanchements sanguins intra-fasciculaires. Mais sur aucune des préparations on n'a trouvé de tubercules.

Obs. IV. — Martinet. (Revue médicale. Juin 1824, t. II, page 344), rapporte l'observation suivante :

« Un enfant de 12 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, depuis longtemps affecté de tous les symptômes qui caractérisent la phthisie pulmonaire, commença à éprouver à la fin de décembre 1822, quelques élancements dans la cuisse, partant du jarret et venant se terminer vers la région du grand trochanter du côté gauche.

Les jours suivants cette douleur fit de rapides progrès, au point que le 5 janvier, douzième jour environ de l'invasion de cette douleur, la cuisse était dans l'impossibilité de se mouvoir.

La pression du nerf sciatique déterminait un engourdissement douloureux dans toute l'étendue du membre, tant au-dessus qu'au dessous du point comprimé.

Cet enfant habitait un local sec et bien aéré : il fut impossible de savoir à quelle cause pouvait se rapporter le développement de cette sciatique.

Chaque soir des paroxysmes, peu violents à la vérité, se faisaient sentir dans le trajet du nerf malade : la douleur y était toujours identique, c'est-à-dire qu'elle consistait en un engourdissement avec des élancements qui reparaissaient de temps à autre.

Dans le cours de la journée, ces élancements étaient rares. Des sangsues furent appliquées sur la cuisse à deux reprises différentes, et chaque fois avec soulagement : on fit placer également sur les points les plus douloureux du membre, c'est-à-dire vers la région ischiatique et le jarret des cataplasmes émollients qui parurent rendre les mouvements moins pénibles et moins difficiles. Les douleurs se calmèrent un peu et le malade resta dans un état à peu près stationnaire pendant près de deux mois. Cependant les progrès de la phthisie pulmonaire allaient croissant, et le malade s'éteignit le 18 février dans un marasme complet.

Autopsie. — De nombreux tubercules remplissaient les deux poumons, le plus grand nombre était en suppuration. Le nerf sciatique gauche n'était pas sensiblement augmenté de volume, mais il était baigné, dans toute l'étendue de son tiers supérieur par un pus sanieux qui l'avait séparé des muscles qui l'entourent, de sorte qu'il était complètement isolé dans quelques points de ce trajet. On trouvait entre les fibres des gouttelettes de pus également séreux : dans ses autres régions, ce nerf avait conservé sa couleur blanche, mais dans les endroits où le pus existait, on distinguait très-bien, tant dans l'interstice de ses fibres, que dans le tissu cellulaire qui l'enveloppe, des traces de congestion, d'injection sanguine, et des points rouges semblables à ceux qui existent dans les portions du cerveau affectées d'inflammation. Les lotions, loin d'enlever ces points rouges, ne les rendaient que plus évidents. »

Obs. V. — M. le Dr C. Loup a bien voulu nous communiquer l'observation suivante : Hôpital de la Croix-Rousse (Lyon), salle Saint-Pothin n° 35, service de M. Faivre.

C. J.., tisseur, 35 ans, pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Bonne santé jusqu'en 1875. Au mois de septembre ce malade remarqua que sa voix devenait rauque par intervalles, quand

il avait beaucoup parlé : au bout de quelques mois, cet état devint continu et fut accompagné d'un chatouillement laryngé qui provoquait une toux quinteuse, sans aucune expectoration. Puis pendant l'été de 1876 apparurent l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, la diminution des forces avec des points douloureux au niveau des apophyses épineuses des premières dorsales. Le malade continua son travail jusqu'au mois d'octobre. A cette époque une recrudescence de bronchite avec aggravation des symptômes généraux détermina son entrée à l'hôpital.

A son entrée, 15 octobre 1876, on constata l'état suivant : amaigrissement notable, disparition des sueurs nocturnes, appétit conservé, digestion facile, pas de diarrhée ni de constipation, pas de fièvre le soir. L'examen de la poitrine révèle une conformation régulière. A la percussion, en arrière : submatité aux deux sommets, surtout à gauche ; en avant le son est diminué de hauteur au niveau des clavicules.

A l'auscultation, craquements humides aux deux sommets. En arrière : on perçoit en avant, quelques craquements à gauche, aucun à droite. L'examen laryngoscopique (17 octobre) montre les deux cordes vocales infiltrées, œdémateuses, avec une ulcération ovale de 1 centimètre environ sur celle de droite.

On institue le traitement suivant : inhalations de vapeurs alunées deux fois par jour. Huile de foie de morue 30 grammes, vin de quinquina.

20 décembre. L'état général est complètement stationnaire depuis deux mois ; l'examen de la poitrine et du larynx ne fait connaître aucun changement.

Le 23. Le malade se plaint de ressentir depuis un jour une violente douleur au niveau de la fesse droite avec irradiation douloureuse dans la cuisse et la jambe. Cette douleur est augmentée par la pression au niveau de la colonne lombaire et de quelques points de la cuisse. Injection de morphine le soir.

Le lendemain matin elle reparaît, et dans l'après-midi, le malade fait remarquer l'apparition d'une éruption furonculeuse.

Le 25 au matin, les furoncules sont nettement accusés, et leur situation est en rapport avec le trajet du sciatique.

Continuation de l'injection de morphine.

Le 26. Douleurs continues et lancinantes suivant le trajet du sciatique. Insomnie. Cet état persiste les jours suivants.

Le 30. Le malade demande sa sortie ; les douleurs névralgiques persistent toujours, mais elles sont un peu atténuées : l'état des poumons et du larynx est à peu près tel qu'au jour de l'entrée.

Obs. VI et VII.

M. le professeur Peter a publié dans l'Union médicale (n° 127, octobre 1877. De quelques accidents nerveux chez les phthisiques) deux cas de sciatique concomitante de tuberculisation pulmonaire initiale. Nous résumons brièvement ces observations.

Dans la première (VI) il s'agit d'une tuberculisation apyrétique à longue période, survenant chez un homme de 50 ans, qui n'a jamais été malade.

Cet homme qui dépérissait est pris subitement d'une sciatique, et en même temps qu'il souffre de cette sciatique, il se met à tousser.

M. Peter pratiqua l'auscultation avec d'autant plus de soin que la toux était quinteuse et coqueluchoïde, mais il ne trouva rien. Il se guérit à grand'peine de cette névralgie par une cure thermale ; mais dans l'hiver qui suivit, apparurent, au sommet droit d'abord, puis au sommet gauche des craquements humides.

La seconde observation (VII) de M. Peter a trait à un malade de 48 ans, contre-maître dans une grande maison industrielle. Quelque peu surmené, il a maigri de plus de 20 livres depuis trois mois.

Comme *antécédents* ; une laryngite chronique remontant à dix-huit mois, et, il y a six semaines, un abcès à la marge de l'anus, abcès qui s'est ouvert spontanément et a produit une petite fistule borgne externe qui s'est facilement guérie.

Il y a trois semaines une violente sciatique s'est manifestée à droite, alors que guérissait la fistule, laquelle d'ailleurs siégeait du côté opposé à celui où est apparue la névralgie.

M. Peter trouve non-seulement de la matité au tiers supérieur du poumon gauche, mais de la respiration saccadée et des craquements secs dans les efforts de toux.

Obs. VIII (personnelle). — Sciatique gauche chez un tuberculeux de 62 ans. Service de M. Peter. Salle Saint-Benjamin, lit 6.

Dé.., J. C., 62 ans, ouvrier tanneur, entré le 6 juin 1878.

Pas d'*antécédents héréditaires*. Père et mère morts de vieillesse. Plusieurs frères tous bien portants.

Antécédents personnels. — Fièvre scarlatine dans sa jeunesse. A 30 ans, pneumonie. A 10 ans, seconde pneumonie. Habitudes alcooliques.

Santé généralement bonne. Il y a un an environ, à la suite d'un refroidissement, toux fréquente et hémoptysie assez abondante. La toux persiste depuis cette époque, elle est généralement sèche. Depuis cette hémoptysie, D. se sent faible, sa santé est toujours languissante et pour se donner plus de force au travail il boit beaucoup d'alcool. Il maigrit de jour en jour. Son appétit est pour ainsi dire nul. Fièvre le soir. Insomnie habituelle.

16 juin. Il entre à l'hôpital pour sa toux, et surtout pour une douleur qui occupait la jambe gauche, s'étend du bassin au creux poplité, rend la marche pénible, mais non impossible. Il dessine parfaitement avec ses doigts le trajet du sciatique.

Percussion. — Rien en avant, en arrière : submatité dans la fosse sus-épineuse gauche.

Auscultation. — En avant : respiration très-rude au sommet droit. Inspiration saccadée et expiration prolongée à gauche. En arrière, fosse sus-épineuse gauche, souffle et gargouillement. Craquements dans la fosse sus-épineuse droite.

Crachats purulents. Les pneumo-gastriques ne nous disent rien.

Nous faisons lever le malade ; dès que ses pieds touchent le sol, il ressent tout le long de la partie postérieure du membre inférieur gauche une douleur excessivement vive, En pressant sur les dernières apophyses épineuses dorsales et sur les premières lombaires, nous trouvons un foyer douloureux de plusieurs centimètres d'étendue dont le malade ignorait absolument l'existence. Pas de foyers douloureux spéciaux à la cuisse. Douleur égale dans toute la longueur du nerf jusqu'au jarret ; elle est continue, persistante et le malade la compare à des coups d'épingle ; elle se réveille par les plus petits mouvements du membre, mais principalement par

la marche et par la toux. Elle disparaît, ou du moins elle est amoindrie par le décubitus latéral gauche, la jambe étant pliée sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin, de façon à placer les muscles dans le plus grand relâchement possible.

C'est donc une sciatique coïncidant avec une tuberculose déjà avancée et chez un sujet âgé.

Julep diacodé. Ventouses sèches sur le trajet douloureux.

Le 20. Sueurs pendant la nuit. Diarrhée. Les douleurs de la sciatique se sont un peu calmées : leur maximum d'intensité est actuellement au bord externe de la rotule. Le malade peut mouvoir la jambe, les mouvements de flexion sont assez faciles, mais lents ; les mouvements d'extension sont très-douloureux, ce que nous attribuons à l'induration du névrilème. D'ailleurs, pas de paralysie, aucun trouble dans la sensibilité. Nouvelle application de ventouses.

Le 28. Toux fréquente. Expectoration purulente abondante. Diarrhée. A la pression, on réveille encore les douleur lombaires.

Sous-nitrate de bismuth 4 grammes. Diascordium 2 grammes dans la journée.

2 juillet. Les douleurs de la sciatique et les douleurs lombaires sont à peu près disparues ; cependant le malade marche toujours difficilement. Il demande à sortir et quitte l'hôpital incomplètement guéri.

Obs. IX (personnelle). — Sciatique double chez une femme de 35 ans, tuberculeuse. Service de M. Peter. Salle Sainte-Claire, n° 36.

D.., (Rosalie), 35 ans, cuisinière, entrée le 30 avril 1878.

Antécédents héréditaires. — Le père de cette malade est mort à l'âge de 70 ans, avec une sciatique qu'il avait depuis 30 ans. Sa mère succomba à une fièvre typhoïde compliquée à la fois de paralysie et d'abcès.

Antécédents personnels. — Constitution strumeuse. Blépharite ciliaire. Traces d'abcès strumeux au côté droit du cou.

Réglée à 14 ans, sa santé a été bonne jusqu'en 1872, époque à laquelle elle contracte une fièvre intermittente dans le midi de la France. Il y a un an environ, à la suite de fatigues (elle faisait

alors le métier de garde-malade). D.., s'aperçut qu'elle s'essoufflait facilement ; la gêne respiratoire augmentait surtout lorsqu'il fallait monter un escalier, ou lorsqu'elle marchait vite. De temps à autre toux sèche et palpitations de cœur.

Depuis cette époque, soumise aux conditions hygiéniques peu favorables auxquelles l'expose sa profession, les digestions deviennent difficiles, son appétit diminue. De temps en temps, vomissements par le fait de la toux. Diarrhée suivie bientôt de constipation opiniâtre. Fièvre presque tous les soirs. Sueur assez fréquente pendant la nuit, surtout le matin. Suppression des règles depuis 5 mois.

Cet état persistait toujours, lorsqu'il y a douze jours environ D.., vit son état s'ggraver. Sans s'être exposée à un refroidissement, ses membres inférieurs devinrent le siége d'une douleur localisée dans la hanche et s'irradiant par moments dans les cuisses et jusque dans les genoux. Cette douleur est exaspérée par la marche, mais elle ne la rend pas impossible puisque la malade a pu se rendre à l'hôpital à pied.

Etat actuel.— Pâleur assez marquée du visage. Décoloration des muqueuses, amaigrissement notable. Creux sus et sous-claviculaires très-prononcés. Dépression des espaces intercostaux.

Percussion. — Ne donne que des résultats négatifs.

Auscultation. — En avant : respiration saccadée au-dessous de la clavicule droite. En arrière : respiration rude et soufflante dans toute la hauteur du poumon gauche, mais surtout dans la fosse sus-épineuse. Respiration rude au sommet droit.

Cœur. — Souffle très-intense à la base et au premier temps se propageant sur le trajet des gros vaisseaux du cou où l'on entend le bruit de mouche.

Ce souffle indique de l'anémie ou un rétrécissement aortique.

Le pouls ne présente aucun caractère spécial.

L'état général, la constipation alternant avec la diarrhée, les sueurs nocturnes, les signes fournis par l'auscultation, les températures locales, tout indique une tuberculose pulmonaire initiale.

Temp. Axill. 38,2, pariétale droite 37.9, pariétale gauche 38,2.

2 Mai. La malade signale à notre attention les douleurs qu'elle éprouvait dans les jambes au moment de son entrée et qui persis-

tent malgré le repos. La pression est douloureuse au niveau des apophyses épineuses des deux premières lombaires, en un point assez limité. La marche est difficile, gênée; mais la gêne est du à la souffrance et non à la paralysie, ainsi que nous nous en assurons en examinant scrupuleusement la sensibilité et la motilité.

De la portion moyenne de la crête iliaque des deux côtes, partent des douleurs qui s'irradient dans toute la partie interne de la cuisse jusqu'aux genoux Ce sont ces douleurs qui occasionnent la claudication; elles sont exaspérées par les mouvements un peu brusques. Ventouses le long du rachis et sur les trajets douloureux.

Temps. Axill. 38,3, pariétale droite 18,1, pariétale gauche 18°.

Le 12. Les douleurs sont à peu près disparues, du moins la pression des apophyses épineuses ne réveille plus qu'une légère douleur en un point très-limité.

La malade accuse de l'oppression. Rien de nouveau cependant du côté des organes thoraciques. Inappétence. Gouttes amères.

Le 14. Elle quitte l'hôpital.

Obs. X (personnelle). — Hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 5. Sciatique très-intense de toute la jambe droite, chez un tuberculeux à la première période. Sueurs du côté atteint.

O...,(Eugène), 38 ans, domestique,a ressenti subitement au mois de décembre 1877, en marchant, une violente douleur dans la cuisse droite, douleur qui allait s'irradiant vers le mollet. Cette douleur dura plusieurs jours et cessa sans aucune médication. Le 2 janvier, elle reparut subitement et avec une intensité telle que le malade, ne pouvant plus marcher qu'avec une peine infinie, dut garder le lit : depuis cette époque, il dort à peine, et le traitement insignifiant auquel il se soumet (repos et frictions) n'amenant aucune amélioration, il se présente à la consultation de l'hôpital Cochin, et entre dans le service de M. Bucquoy, le 10 janvier.

Etat actuel, — Ce malade est maigre, d'une constitution chétive, « sujet aux bronchites, dit-il »; Depuis un an environ, il est pris d'une toux sèche, et il a remarqué que depuis cette époque il est faible, s'essouffle rapidement quand il monte un escalier. De temps à autres, sueurs nocturnes. Pas de diarrhée.

La *percussion* est normale en avant. Un peu de submatité dans la fosse sus-épineuse droite.

Auscultation. — En avant : sommet droit, inspiration saccadée en trois temps. Sommet gauche : expiration prolongée et soufflante.

En arrière : à droite, dans la fosse sus-épineuse, quelques râles humides. A gauche, quelques craquements.

O... est donc tuberculeux : de plus il est atteint d'une sciatique. Il marche courbé en deux et en boîtant, pas de gonflement aux articulations, peau saine, La pression au niveau de l'origine du nerf sciatique droit, au niveau des points sacro-iliaque, fessier et peronéo-tibial détermine chez le malade une violente douleur.

Comme traitement, voulant essayer le salicylate de soude contre les douleurs névralgiques, M. Bucquoy ordonne une potion avec 6 gr. de salicylate.

14 janvier. Depuis plusieurs jours, malgré l'emploi du salicylate le malade ne ressent aucun bien de la médication, et tout le côté droit du corps est envahi par une éruption de la peau, absolument comme si le malade s'était frotté dans les orties. Il nous apprend qu'il sue abondamment de ce côté, notamment de la jambe.

Suppression du salicylate et injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine deux fois par jour.

Le 15. Le malade a bien reposé cette nuit, il a pu dormir. L'éruption de la peau et les démangeaisons qui en résultaient, ont cédé à la poudre d'amidon. Les sueurs ont également disparu. Aujourd'hui les douleurs sont moindres, mais elles existent néanmoins. O... peut tendre sa jambe et se coucher sur le dos, tandis que depuis treize jours cette position lui était impossible par suite des douleurs qu'il ressentait dans la région sacrée.

Le 16. Douleur sourde occupant le trajet du nerf à la cuisse ; la pression ne l'exaspère plus. Pas de foyer douloureux, mais claudication assez forte qui augmente dès que le malade prolonge un peu la marche.

Le 17 janvier. Il quitte l'hôpital *incomplètement* guéri.

Obs. XI (personnelle). — Hôpital de la Pitié. Service de M. Desnos, salle Sainte-Geneviève. — Névralgie sciatique de toute la jambe gauche dans une tuberculose très-avancée.

Q...,(Marie),35 ans, entrée le 25 mai 1878. La malade qui fait le sujet de cette observation est depuis plusieurs semaines déjà dans le service de M. le Dr Desnos.

On ne sait à quelle époque exacte remonte le début de la maladie car Q... comprenant à peine quelques mots de Français, ne peut répondre à aucune des questions que nous lui adressons.

Le 16 juillet, jour où nous l'observons pour la première fois, elle est arrivée à la dernière période de la phthisie.

A l'*auscultation*, en avant : on constate au sommet droit une vaste caverne avec gargouillement. A gauche, double saccade, inspiration et expiration prolongées.

En arrière, dans la fosse sus-épineuse gauche, souffle intense.

Il y a une douzaine de jours environ, la malade s'est plaint de violentes douleurs dans la jambe gauche. La pression, sur les apophyses épineuses des dernières dorsales, est douloureuse. Point douloureux fessier, rotulien et malléolaire (1).

Les différentes observations, que nous venons de rapporter, permettent de penser que la sciatique peut commencer la série des accidents de la phthisie ou éclater dans le cours de la tuberculisation pulmonaire. Dans ces circonstances, les douleurs sciatiques sont toujours persistantes et très-rebelles, et leur apparition doit faire soupçonner une altération tuberculeuse soit de la moelle, soit des méninges, soit de la colonne vertébrale elle-même : elles annoncent l'aggravation de la maladie et précèdent généralement de peu la terminaison funeste.

D'après les caractères fournis par la douleur, il nous semble établi que dans la sciatique tuberculeuse, il s'agit d'une névrite ou d'une névrilémite résultant de la propagation de l'inflammation, et non d'une simple névralgie. En effet, dans une névralgie, la douleur se modifie à chaque instant et varie à l'infini ; elle cesse

(1) Que M. Quenu, qui a bien voulu nous faire connaître cette malade, reçoive ici tous nos remercîments pour l'empressement avec lequel il s'est mis à notre disposition.

tout à coup pour reparaître avec la même promptitude, et ces rémissions, ces paroxysmes sont certainement des caractères tout aussi spécifiques des névralgies, que le trajet de la douleur sur des troncs ou des filets nerveux. Enfin, la douleur névralgique est susceptible de se déplacer avec une rapidité et une intensité dont l'inflammation du névrilème n'est nullement susceptible.

D'ailleurs, en considérant les résultats fournis par les différents traitements auxquels ont été soumis les malades dont nous rapportons les observations, nous trouvons encore d'autres motifs d'établir une différence marquée entre la névralgie et l'inflammation du névrilème : tandis que dans la première on obtient, en général, la guérison par l'emploi des narcotiques ou des antispasmodiques, dans la sciatique tuberculeuse, au contraire, seule la méthode antiphlogistique a pu soulager quelquefois, mais jamais elle n'a donné de guérison complète.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Du sperme.

Physique. — Des leviers appliqués à la mécanique animale.

Chimie. — De l'isomérie, de l'isomorphisme et du polymorphisme.

Histoire naturelle. — Etude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale ; procédés suivis pour analyser ces liquides.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole.

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition des sucs végétaux? Quels sont les procédés le plus souvent employés pour les extraire, les clarifier, les conserver? Qu'entend-on par sucs extractifs, acides sucrés, huileux, résineux et laiteux? Quelles sont les formes dans lesquelles on les emploie en médecine?

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Vu par le président de la thèse,
PETER.

Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD